

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 115

UN CAS

DE

NÉVROME DIFFUS DE LA PAROI DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 Mai 1923

PAR

Marceau-Louis-Eugène DUPUY

Né à BLOIS (Loir-et-Cher), le 13 juillet 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. G. DUBREUIL, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé.....	
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

—
1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 115

UN CAS

DE

NÉVROME DIFFUS DE LA PAROI DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 Mai 1923

PAR

Marceau-Louis-Eugène DUPUY

Né à BLOIS (Loir-et-Cher), le 13 juillet 1894.

Examineurs de la Thèse

MM. G. DUBREUIL, professeur.... *Président.*

CHAVANNAZ, professeur.....

DUVERGEY, agrégé..... } *Juges.*

LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N. N.	Médecine générale.....	GREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	id.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie externe.....	PAPIN.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. DUBREUIL

*Professeur d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux,
Chef du Laboratoire de l'Institut Pasteur,
Officier de l'Instruction publique.*

Ce modeste travail n'a pour but que de rapporter l'observation d'un fait d'anatomie pathologique qui nous a paru rare, ou tout au moins peu connu, intéressant par les difficultés d'interprétations qu'il soulève et les généralisations qu'il appelle.

L'observation originale qui lui a servi de base est due à M. le professeur Abadie, les examens histologiques ont été pratiqués sous la direction de M. le professeur Georges Dubreuil (1). Nous remercions nos deux maîtres de bien avoir voulu nous confier la rédaction de ce travail. Nos remerciements vont aussi à M. le D^r Baudrimont, au talent duquel nous devons la planche qui illustre cette courte monographie.

(1) Labuchelle et Auriat, *Sur un cas de névrome diffus de la paroi gastrique*, Société anatomo-clinique de Bordeaux, 30 avril 1923.

UN CAS

DE

NÉVROME DIFFUS

DE LA PAROI DE L'ESTOMAC

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'étudier au laboratoire de M. le professeur Dubreuil un cas d'hypertrophie tout à fait anormal du système nerveux de la paroi gastrique. Le fait que nous présentons ne peut être assimilé, à notre connaissance, à aucune des constatations déjà publiées. Nous avons essayé de le situer parmi les diverses catégories de proliférations nerveuses viscérales déjà signalées. La bibliographie de ces faits est peu fournie ; il s'agit de phénomènes encore à l'étude, assez éloignés des tumeurs nerveuses proprement dites, desquelles nous aurons à les distinguer au cours de notre exposé.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons les données

d'anatomie normale des plexus nerveux de l'estomac. Nous montrerons ensuite, dans une courte revue bibliographique, quelles peuvent être les proliférations ou les tumeurs nerveuses de la paroi gastrique.

Après avoir présenté notre observation, nous discuterons enfin de la place que nous pouvons lui donner parmi les faits connus. Un chapitre de conclusions terminera cet exposé.

CHAPITRE PREMIER

Rappel anatomique.

Les plexus nerveux de l'estomac présentent les caractères de ceux de l'intestin au niveau duquel on décrit :

- a) Un plexus sous-muqueux ou de Meissner ;
- b) Un plexus myentérique ou d'Auerbach.

1° Le *plexus sous-muqueux* est constitué par des troncs nerveux réunis en travées, formant les mailles d'un réseau orienté suivant la direction générale des vaisseaux.

Ces travées sont formées entièrement de fibres amyéliniques, sur le parcours desquelles sont disposées en grand nombre des cellules sympathiques. Ces cellules sont ordinairement réunies par petits groupes et constituent de véritables petits ganglions appendus aux fibres. Elles présentent les caractères de toutes les cellules sympathiques, et Dogiel (1), par la méthode du bleu de méthylène, a pu mettre en évidence leur cylindre-axe et leurs prolongements dendritiques multiples.

2° Le *plexus d'Auerbach* occupe l'intervalle compris entre les deux couches musculaires annulaire et longitudinale de l'estomac. Ses travées sont orientées par rapport aux deux systèmes de fibres musculaires qu'il dessert. Elles se croisent donc à angle droit de façon quasi géométrique, et cela forme un système de mailles presque quadrangulaires de fibres amyéliniques, avec, aux points nœux, des amas de cellules ganglionnaires.

(1) Dogiel, *Zur Frage üb. d. fein Bau d. sympath. nerven system. b. d. Säugethier* (*Arch. f. mikroskop. Anatomie*), t. XLVI, p. 305-344.

D'après Müller (1), ce plexus intramusculaire donne deux sortes de filets nerveux se détachant à angle droit : les uns vont se joindre au plexus sous-muqueux, les autres vont innerver les fibres musculaires,

Ce sont les modifications de ce plexus myogastrique qui, dans notre étude, retiendront notre attention. La description que nous en avons donnée d'après les classiques (Renaut et Prenant), basée sur des études de surface et non de coupe, ne peut servir de point de comparaison pour des études anatomo-pathologiques.

Il importe de rechercher comment, sur de simples coupes d'estomac normal, se présente le plexus myogastrique dont nous aurons à apprécier les modifications pathologiques. Il apparaîtra alors sous la forme de petits ganglions ou faisceaux nerveux ténus, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, disséminés, à peine visibles avec les colorations courantes à l'hématéine éosine, mis en évidence par des méthodes électives mais délicates, telles que l'imprégnation argentique.

Askanazy (2) en fixe la topographie : sous la séreuse, on trouverait déjà, d'après cet auteur, quelques ganglions et troncules nerveux, plexus sous-séreux que ne décrivent pas les classiques. De là les troncules nerveux pénètrent à travers les faisceaux musculaires jusqu'à la limite interne du muscle, ou même parfois sont vus jusqu'à la limite de la muqueuse. Dans leur trajet presque rectiligne à travers le muscle ils semblent, par suite de l'incidence des coupes, fragmentés et dissociés par les faisceaux musculaires.

(1) In Prenant, *Traité d'histologie pratique*, p. 957, édit. 1899.

(2) Askanazy, *Ueber Bau und Entstehung des chr. Magengeschwürs, sowie Poorpiltzbefunde in ihm*, *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiol.*, 1921, p. 111.

CHAPITRE II

Proliférations et tumeurs nerveuses au niveau du tractus digestif et en particulier de l'estomac.

Les proliférations nerveuses qui peuvent se présenter au niveau du tractus digestif sont de différents ordres.

Ce sont, d'une part, des tumeurs volumineuses dont nous rechercherons plus particulièrement les cas signalés au niveau de l'estomac ; d'autre part, des réactions nerveuses au voisinage de muqueuses enflammées.

1° Les tumeurs nerveuses proprement dites du tube digestif semblent avoir été classées jusqu'à présent dans la catégorie des tumeurs conjonctives (fibromes, fibrosarcomes). Actuellement, elles sont recherchées avec plus d'attention et les éléments de leur diagnostic sont établis par comparaison avec les tumeurs des nerfs périphériques (Lhermitte et Leroux) (1).

Dans cet ordre d'idée, de Massary et Valser (2) ont publié récemment le cas d'une tumeur nerveuse de la paroi gastrique qu'ils interprètent comme un gliome.

Il s'agit d'une tumeur de la face antérieure de l'estomac. Cette tumeur, limitée, avait le volume d'un œuf, faisait saillie dans la cavité gastrique et pouvait être palpée à travers la paroi de l'abdomen.

Elle fut extirpée chirurgicalement et l'examen de la pièce

(1) Lhermitte et Leroux, *Gliomes typiques et atypiques des nerfs périphériques*, *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, n^{os} 4 et 5, 1920 ; Desmarests, Lhermitte et Leroux, *Sur un cas de tumeur des nerfs périphériques, gliomes typiques et atypiques*, *ibid.*, n^o 2, 1921.

(2) De Massary et Valser, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n^o 7, 29 janvier 1923.

montra qu'elle était formée microscopiquement de tourbillons entrecroisés constitués par des cellules fusiformes sans corps protoplasmique définissable, mais constitué par une masse syncytiale finement fibrillaire.

Les auteurs considèrent cette tumeur comme dérivant du syncytium de Schwann, d'où le nom de gliome périphérique qu'ils lui ont donné, en raison de l'identité de cette dernière avec le tissu névroglique des centres nerveux.

D'autres tumeurs nerveuses ont été décrites comme développées aux dépens du sympathique abdominal. Ces névromes du grand sympathique, bien étudiés par Masson (1), de même que les sympathomes embryonnaires (2), peuvent revêtir l'aspect de tumeurs nerveuses typiques et bénignes et naître en un point quelconque de l'économie (Masson). S'il en a été signalé au niveau de divers viscères et de l'utérus en particulier, nous n'en connaissons pas de cas décrit dans la paroi du tractus intestinal.

2° Les proliférations nerveuses au voisinage d'une muqueuse enflammée ont été étudiées par Masson (3) dans l'appendicite chronique, et par Askanazy (4) dans l'ulcère de l'estomac. Ces travaux, et en particulier celui d'Askanazy, doivent retenir notre attention d'une façon particulière. Nous en comprendrons les raisons lorsque nous rapprocherons d'eux l'observation détaillée du cas qui nous intéresse.

Masson attire l'attention sur l'abondance anormale de nerfs dans la paroi d'appendices chroniquement enflammés. Dans les appendices oblitérés sans passé pathologique, il trouve des fibres nerveuses amyéliniques souvent volumineuses, nombreuses, anastomosées en plexus, parfois accumulées en certains points, enroulées en pelotons, dessinant de petits névromes.

(1) Masson, *Les névromes ganglionnaires du grand sympathique*, thèse de médecine de Paris, 1909.

(2) Quirin, *Contribution à l'étude des sympathomes embryonnaires*, thèse de médecine de Strasbourg, 1921.

(3) Masson, *Les lésions nerveuses de l'appendice chronique*, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 25 juillet 1921.

(4) Askanazy, *loc. cit.*

Ces nerfs appartiennent au plexus de la sous-muqueuse et représentent une partie du plexus périglandulaire ayant survécu à la disparition de l'épithélium. Dans le nerf même, l'auteur trouve incluses des cellules arrondies, criblées de granulations argentaffines, souvent groupées par deux, trois ou quatre au même point.

Dans les appendices ayant eu un passé pathologique, extirpés loin de la période inflammatoire, il retrouve les mêmes caractères de prolifération du tissu nerveux avec des variations considérables. L'augmentation porte encore sur la masse nerveuse sous-glandulaire. Le diamètre et le nombre des fibres à myéline sont plus grands, à tel point que pressées les unes contre les autres en un lacis inextricable, elles ne laissent plus qu'une place infime au tissu réticulé et aux cellules lymphoïdes. De la sorte, le chorion muqueux apparaît, à première vue, en clair, semblable à un tissu scléreux ; mais les réactions appropriées montrent que le collagène est peu abondant et constitue seulement les gaines délicates des filets nerveux. Ceux-ci se présentent, tantôt en nappes diffuses, tantôt sous forme de petits névromes circonscrits.

Ici encore les cellules argentaffines sont nombreuses et toujours contenues à l'intérieur des nerfs hypertrophiés.

Enfin, dans les appendices oblitérés à la suite de phénomènes inflammatoires, cette prolifération nerveuse s'insinue presque dans le bouchon conjonctif central.

Masson interprète la présence des cellules argentaffines comme une preuve de l'origine entodermique du système nerveux sous-muqueux de l'intestin. Pour lui, les nerfs qu'il décrit dans les appendices enflammés naîtraient, en effet, aux dépens de ces cellules du type épithélial de la sous-muqueuse de l'intestin.

Askanazy (1) consacre une longue étude à la structure de l'ulcère rond de l'estomac. Il lui décrit trois couches :

(1) Askanazy, *loc. cit.*

- a) Une couche fibrinoïde ;
- b) Une couche d'infiltration granuleuse ;
- c) Une zone de réparation ou plancher de l'ulcère.

C'est cette dernière couche, la plus variée et la plus complexe au point de vue anatomo-pathologique, qu'il décrit avec la plus grande précision. Il fait remarquer que si l'on a jusqu'à présent décrit avec un luxe particulier les lésions vasculaires qu'elle présente, on a à peine tenu compte des modifications des nerfs cependant si intéressantes à son niveau.

En effet, après avoir observé les phénomènes douloureux de l'ulcère rond qui persistent souvent après sa cicatrisation et même après une gastro-entérostomie correctement réalisée ayant montré l'absence d'adhérences péritonéales, il était à supposer que des lésions du système nerveux local pouvaient conditionner ces phénomènes.

Les lésions anatomiques que décrit l'auteur confirment cette hypothèse.

Ce sont d'abord des lésions inflammatoires caractérisées par l'état œdémateux des nerfs, l'élargissement de leurs espaces lymphatiques, l'épaississement de leur périnèvre, l'infiltration du tissu conjonctif de leur voisinage par des lymphocytes, des mastzellen, des plasmazellen. La plupart du temps, d'ailleurs, cette infiltration est légère.

Bien plus caractéristiques sont les modifications portant sur l'abondance des nerfs de l'estomac.

La comparaison des coupes de nerfs présentés par la zone cicatricielle de l'ulcère avec des coupes d'estomacs normaux ne laisse pas de doute sur l'abondance pathologique des faisceaux nerveux qui se présentent en amas denses, épaissis de façon disproportionnée. Il n'est pas rare de trouver aux bords de l'ulcère dix, douze, quinze faisceaux nerveux en un seul champ de microscope. Les faisceaux peuvent être rencontrés en divers points, souvent accolés à des vaisseaux, et sont prédominants dans le muscle au niveau du plexus myogastrique que nous a fait connaître l'anatomie normale.

Étudiés avec plus de précision, ces nerfs apparaissent recti-

lignes dans la zone cicatricielle. Vus à un fort grossissement et avec des colorations électives, ils se montrent constitués par une riche intrication de fibres sans myéline. Les amas sont nettement limités par un périnèvre épais et dense qui envoie des prolongements conjonctifs abondants à l'intérieur des formations nerveuses. Ces caractères du tissu conjonctif, bien mis en évidence par le Van Gieson, seraient un des caractères distinctifs de ces formations pathologiques.

Des cellules ganglionnaires ont été observées dans les formations décrites par Askanazy. Il s'agissait de cellules caractérisées par leur grand volume et la multiplicité fréquente de leur noyau, comme cela se rencontre dans les cellules sympathiques.

Toutefois ces cellules sont rares; l'auteur ne les a rencontrées qu'en petit nombre sur les coupes provenant de trois pièces anatomiques qui ont servi de base à son étude.

Enfin il a suivi les troncles nerveux jusque dans le tissu périgastrique où ils voisinent avec les artères.

Le fait qu'il a pu suivre ces modifications des nerfs jusque dans la zone superficielle de l'ulcère (zone de nécrose diphtéroïde) le conduit à l'idée d'un rapprochement entre les faits qu'il a observés et les névromes cicatriciels périphériques.

CHAPITRE III

Observation.

Le fait que nous rapportons provient d'une trouvaille d'autopsie, aussi a-t-il été difficile de rapporter les constatations anatomiques à une histoire clinique qui n'a pu être précisée.

La malade était une domestique âgée de 65 ans. Elle présentait depuis de longues années des périodes de dépression psychique au cours desquelles elle abandonnait son travail et se confinait au lit.

Pendant ces accès, rapporte son entourage, elle se plaignait de douleurs abdominales vagues et sans doute peu intenses.

Fin novembre 1922, sans doute lors d'un accès dépressif semblable à ceux qu'elle avait antérieurement présentés, elle accusa des intentions de suicide basées sur des idées délirantes d'indignité. Passant à l'exécution, elle absorba environ 30 cc. d'acide chlorhydrique du commerce qu'elle rejeta peu après.

Le jour même de cette tentative d'empoisonnement, elle entra à l'Hôpital Saint-André et accusa, dès les premiers jours de son hospitalisation, des douleurs gastriques accompagnées de vomissements succédant de si près aux prises d'aliments qu'ils ressemblaient à des régurgitations.

L'alimentation était impossible; l'examen clinique ne décelait aucune lésion perceptible de l'estomac et l'examen radioscopique, rendu difficile par la résistance de la malade, ne montrait aucune lésion évidente de l'estomac, en particulier, pas de modification grossière du volume, pas de sténose des orifices.



Troncs nerveux hypertrophiques au voisinage de la muqueuse enflammée.

Le 13 janvier, la malade est adressée, salle 24, au service de psychiatrie. Le jour de son arrivée dans le service de M. le professeur Abadie, elle présente des vomissements mélaniques et accuse une douleur extrêmement vive au niveau de l'épigastre. La douleur est telle qu'elle l'oblige à garder dans son lit la position dite en chien de fusil.

L'examen physique fait constater une énorme tuméfaction, dure, diffuse, non mobilisable, douloureuse, occupant tout l'abdomen en largeur, s'étendant verticalement de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

La malade meurt le 17 janvier 1923.

A l'autopsie, l'étage supérieur gauche de l'abdomen est occupé par l'épiploon enflammé formant une masse volumineuse au centre de laquelle est enfoui l'estomac. Celui-ci est réduit au volume du poing, entouré d'une importante réaction de péri-gastrite, d'adhérences qui l'unissent aux organes voisins.

Retirée de l'abdomen, la poche gastrique entraîne avec elle l'épiploon volumineux très épaissi. La paroi de l'estomac est souple, son épaisseur est un peu plus grande que normalement. L'examen extérieur de la pièce montre deux perforations, grosse chacune comme un pois, occupant, l'une la face antérieure de l'organe au niveau de l'antrum du pylore, l'autre la grande courbure à 5 centimètres environ du cardia. Ces deux perforations sont comblées, la première par l'épiploon, la seconde par la rate à laquelle l'estomac adhère.

Après ouverture par une incision suivant la grande courbure, la muqueuse apparaît sphacélée, ayant l'aspect d'un enduit noirâtre marc de café. Le sphincter pylorique, épaissi, rétrécit l'origine qui admet avec peine dans sa lumière une sonde cannelée.

Dans le but d'examen microscopiques, des prélèvements ont été faits au niveau du sphincter pylorique, des perforations et, en divers points, du grand épiploon.

Les fragments ont été fixés au formol à 5 p. 100. Sur des coupes colorées à l'hématéine éosine, il a été immédiatement remarqué que la muqueuse est entièrement détruite. Il ne reste

pas le moindre vestige des culs-de-sac glandulaires, la muscularis mucosæ elle-même ne peut être retrouvée. Cette altération de la structure de l'estomac pourrait être attribuée à un processus cadavérique si rapide, on le sait, au niveau de cet organe. La présence d'une abondante infiltration leucocytaire nous fait penser que ce phénomène n'est pas seul en cause et qu'il faut attribuer, tout au moins en partie, une autre origine à cette altération. Parmi les couches normales de l'estomac, on observe seulement la séreuse et la musculouse infiltrée surtout dans sa portion interne par un grand nombre de cellules rondes. A sa surface, l'exsudat est tellement abondant qu'il forme une couche continue mal limitée dans la profondeur s'intriquant à ce niveau avec les fibres musculaires qu'elle écarte.

Au-dessous de cette zone d'infiltration qui, à un faible grossissement, apparaît comme une zone continue formée d'un fin piqueté violacé, le muscle tranche en rose vif. Mais dans son épaisseur, à première vue, l'œil est étonné par la présence de formations inattendues; ce sont des plages rose clair, à peine colorées par l'éosine, bien limitées à leur périphérie, logées dans les espaces conjonctifs que ménagent entre eux les faisceaux musculaires.

Le plus grand nombre de ces plages occupe la partie moyenne de la musculouse, d'autres sont en contact avec la zone inflammatoire, d'autres enfin sont logées dans le tissu cellulaire sous-séreux.

A un fort grossissement, la zone d'infiltration ne présente pas de caractères bien notables; les lymphocytes y abondent voisinant avec des plasmocytes et des polynucléaires.

Par contre, l'examen détaillé des plages claires, qu'avait montrées une vue d'ensemble de la coupe, était plus difficile à interpréter pour un observateur non averti.

M. le professeur Dubreuil les identifia comme des formations nerveuses typiques qui ne devaient surprendre que par leur nombre et leur volume tout à fait anormaux.

Les plus gros présentaient, en effet, un diamètre d'un dixième de millimètre.

Ils s'agissait de formations d'aspect fibrillaire qui, coupées parallèlement à leur axe, se présentaient alors comme des cordons rectilignes dans la musculieuse, moins faciles à interpréter que les coupes transversales. Celles-ci, en effet, ne laissaient pas de doute sur la signification histologique de la formation. Leur aspect circulaire, leur enveloppe conjonctive fine, dense et continue, que la coloration au picro-ponceau montrait en rouge, envoyant des cloisons incomplètes à leur intérieur, lui donnaient un aspect fasciculé déjà caractéristique. Enfin, la structure finement fibrillaire des faisceaux et la présence en certains endroits de cellules volumineuses mal conservées par suite d'une fixation tardive, mais présentant cependant les caractères de forme et de structure des cellules nerveuses, assuraient le diagnostic.

Ces cellules, dont certaines laissaient voir leur forme étoilée, leur noyau avec leur nucléole caractéristique, correspondaient à des points d'épaississement du tissu nerveux. Parfois isolées, parfois au nombre de deux ou de trois, elles donnaient aux points où on les rencontrait l'aspect de véritables ganglions sympathiques.

Cette description montre combien cet aspect est différent de celui que l'on rencontre sur une coupe d'estomac normal où les troncs nerveux sont difficiles à voir et demandent à être recherchés attentivement.

Les coupes des différentes régions de l'estomac ont été comparées. Il n'est pas douteux que c'est au voisinage des points les plus enflammés que la prolifération survenue était le plus intense; en particulier, les prélèvements faits sur les bords des ulcérations étaient les plus démonstratifs.

Ici, de gros faisceaux nerveux se présentaient souvent à la limite même de l'ulcération, au milieu de la zone infiltrée, dans la paroi même de la perforation.

Il convient d'ajouter que l'examen de l'épiploon a été pratiqué. Il n'a pas été retrouvé la même abondance de tissu nerveux qu'au niveau de l'estomac. Mais cependant au voisinage des vaisseaux, les nerfs qui les accompagnaient semblaient bien augmentés de nombre et de volume.

En résumé, il s'agit d'une malade sans passé pathologique organique, qui a absorbé deux mois avant sa mort 30 cc. d'acide chlorhydrique du commerce. Son estomac présentait des lésions nécrotiques, probablement d'origine corrosive.

Dans l'épaisseur de la tunique musculaire mise à nu et perforée par places, l'examen microscopique a montré la présence de troncs et de ganglions nerveux sympathiques, de taille et de nombre invraisemblables. L'épiploon épaissi présentait lui-même un enrichissement nerveux appréciable.

C'est ce fait que nous voudrions maintenant comparer aux faits connus que nous avons rapportés, et que nous nous proposons d'interpréter dans la mesure du possible.

CHAPITRE IV

Discussion.

Avant d'essayer de comparer le cas qui nous intéresse et ceux que nous avons passés en revue au chapitre II, nous voudrions essayer d'éclaircir l'étiologie des lésions nerveuses que nous avons rapportées et juger s'il est légitime de les rattacher à la corrosion de la muqueuse et aux lésions inflammatoires qui l'ont suivie. Le court intervalle de temps entre l'accident et la constatation nécropsique peut, en effet, laisser un doute dans l'esprit. Néanmoins, l'absence de tout signe net d'ulcus gastrique dans l'histoire de la maladie et le fait que l'examen radiologique pratiqué à son entrée à l'hôpital Saint-André n'a pas révélé de lésion de l'estomac antérieure à l'ingestion de l'acide, nous autorisent à penser que les lésions nerveuses sont bien dues à celle-ci. L'on connaît du reste la rapidité de constitution des névromes d'amputation au bout des nerfs sectionnés, et l'on peut juger comme possible l'établissement en deux mois d'une hypertrophie des nerfs telle que celle que nous rapportons.

Il ne peut être question de rapprocher le cas que nous avons étudié des tumeurs nerveuses volumineuses telles que celles décrites par de Massary et Valser (1) sous le nom de gliome, pas plus que des névromes sympathiques ou sympathomes embryonnaires. Outre les caractères très spéciaux de structure qui individualisent ces formations, le seul fait que ce sont là

(1) De Massary et Valser, *loc. cit.*

des tumeurs à proprement parler en fait quelque chose de tout différent.

Nous trouvons, au contraire, de nombreux points de comparaison entre notre observation et les publications de Masson et il s'agit presque d'une identité, tout au moins anatomique, avec les faits présentés par Askanazy, faits que nous avons rapportés plus haut.

1° Malgré les difficultés que l'on peut éprouver à établir une analogie entre deux organes aussi dissemblables à première vue que l'estomac et l'appendice, il n'en est pas moins vrai que l'on peut concevoir des réactions analogues aux différents niveaux du tractus intestinal dont les variations de structure ne sont, en somme, qu'apparentes. Ceci nous autorise à établir une comparaison. Si nous avons bien compris les descriptions de Masson (1), il décrit un envahissement diffus de la sous-muqueuse par une nappe fibrillaire sans limite précise : première différence au point de vue morphologique avec notre description.

De plus, la localisation du névrome néo-formé à la sous-muqueuse, le fait qu'il repousse devant lui la musculature, la coexistence à son niveau de cellules argentaffines nombreuses ont, comme nous l'avons vu, fait penser à Masson que ces néo-formations naissent dans la sous-muqueuse aux dépens des cellules argentaffines. Chez nous, et c'est le second point qui différencie nos observations des siennes, les nerfs sont surtout hypertrophiques dans le muscle, aux points mêmes où l'on trouve normalement les filets du plexus d'Auerbach. C'est, nous le répétons, d'une simple hypertrophie de celui-ci qu'il s'agit.

Mais ce que nous retenons du travail de l'auteur strasbourgeois, c'est un mode de réaction du tissu nerveux viscéral à une étiologie inflammatoire. Les formations nerveuses qu'il décrit appartiennent à des appendices chroniquement enflammés, souvent douloureux, et c'est au voisinage immédiat de la zone inflammatoire que ce phénomène se passe, sous la muqueuse dans les appendices non oblitérés, mais jusque dans le bouchon

(1) Masson, *loc. cit.*

conjonctif des appendices oblitérés. A cette inflammation superficielle correspond une réaction du plexus superficiel ; à l'inflammation profonde du muscle de l'estomac que nous avons rapportée correspond une réaction du plexus profond ;

2° Et de fait, Askanazy (1), observant les destructions inflammatoires profondes de l'ulcère de l'estomac, trouve lui aussi une réaction du plexus nerveux au voisinage des lésions destructives dans le muscle et même sous la séreuse. Ses descriptions anatomo-pathologiques sont presque superposables à l'objet de notre étude.

Toutefois, au voisinage des ulcères anciens qu'il étudie, il trouve un enrichissement nerveux supérieur à celui qu'il nous a été donné d'observer, mais il ne le trouve qu'à la lisière et au fond de l'ulcère.

Chez nous, il s'agit d'une inflammation en nappe relativement récente, intéressant toute la paroi de l'estomac. Les nerfs sont moins volumineux, mais hypertrophiés dans toute l'étendue de l'organe.

Cette relation entre les différences anatomiques et les différences étiologiques de notre cas et les siens, bien loin de nous porter à les éloigner, nous incite à les identifier.

Pouvons-nous voir là, avec Askanazy, un processus analogue à celui qui produit les névromes d'amputation ?

Cette comparaison, pour séduisante qu'elle soit, nous paraît pour le moins hardie, d'autant plus qu'il est difficile de l'appuyer sur des preuves.

(1) Askanazy, *loc. cit.*

CONCLUSIONS

1° Nous rapportons un cas d'hypertrophie des tractus nerveux composant le plexus d'Auerbach ;

2° Il s'agit d'une hypertrophie simple, portant sur les fibres et les cellules nerveuses, qui aboutit en définitive à la constitution de troncs nerveux plexiformes et de ganglions nerveux infiniment plus volumineux qu'à l'état normal. Ce sont de véritables petits nerfs intramusculaires, avec des ganglions, visibles les uns et les autres à un très faible grossissement ;

3° Ces lésions, qui constituent comme un névrome diffus intramusculaire, ont accompagné une lésion inflammatoire de la muqueuse et de la sous-muqueuse (ulcère gastrique d'origine caustique) ;

4° Ce névrome diffus s'étend très loin des zones d'ulcération, mais il est toujours sous-jacent à une muqueuse détruite ou enflammée, compte tenu des lésions d'origine cadavérique ;

5° Il est impossible de classer ce fait particulier dans les descriptions de névromes connus, nous nous bornons à le rapporter et à le comparer à un fait assez semblable décrit par Akanazy dans l'espoir qu'il pourra être utilisé et classé quelque jour.

VU : *Le Doyen,*

D^r C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. DUBREUIL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} mai 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASKANAZY. — Ueber Bau und Entstehung des chronischen Magengeschwürs, sowie Poorpilzbefunde in ihm. *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, 1921, p. 111.
- DOGIEL. — Zur Frage über den fein Bau des sympathischen Nervensystem bei den Säugethier. *Arch. f. mikroskop. Anatomie*, t. XLVI, p. 305-344.
- Zwei Acten sympathischen Nervenzellen. *Anat. Anzeiger*, t. XI, p. 679, 1896.
- LABUCHELLE et AURIAT. — Sur un cas de névrome diffus de la paroi gastrique. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 30 avril 1923.
- MASSON (P.). — Les névromes ganglionnaires du grand sympathique. Thèse de médecine de Paris, 1909.
- Les névromes sympathiques de l'appendicite oblitérante. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1921.
- Lésions nerveuses de l'appendicite chronique. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 25 juillet 1921.
- Glande endocrine de l'intestin chez l'homme. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1914, p. 59.
- La neurogénèse dans la muqueuse de l'appendice pathologique. Rôle des cellules argentaffines dans ce phénomène. *Comptes rendus de l'Association des anatomistes*, 1922, p. 217-229.
- MASSON et GOSSET. — Tumeurs endocriniennes de l'appendice. *Presse médicale*, 28 mars 1914.
- PRENANT et BOUIN. — *Traité d'histologie*, 1911, t. p. 855.

QUIRIN. — Contribution à l'étude des sympathomes embryonnaires.
Thèse de médecine de Strasbourg, 1924.

RAMON Y CAJAL. — Nouvelles idées sur la structure du système nerveux. Traduction française d'Azoulay.

RENAUT. — *Traité d'histologie pratique*, t. II, p. 957, édition de 1899.

SAKUNEF. — *Comptes rendus des séances de la Société impériale de Saint-Petersbourg*, 16 décembre 1895.

